

## DENUNCIA KASKO

Polizza n.: 0585.5102524.49		Contraente: INFN	
Struttura (Laboratorio o Sezione):			
Data denuncia:			
<b>SINISTRO</b>			
Data:		Ora:	
		Luogo:	
Testimoni (cognome, nome, indirizzo, telefono):			
Autorità intervenute:			
Entità del danno (approssimativa):			
Dinamica sinistro:			
<b>DATI DI CHI SPORGE DENUNCIA (ASSICURATO)</b>			
Proprietario veicolo:		Conducente veicolo:	
Codice Fiscale:		Luogo e Data di nascita:	
Indirizzo:			
Cap:		Città:	
		Prov.:	
E-mail:			
Telefono:		Patente n.:	
Tipo veicolo:		Targa:	
Compagnia assicuratrice:			
<b>DATI DELLA CONTROPARTE (eventuale)</b>			
Proprietario veicolo:		Conducente veicolo:	
Indirizzo:			
Cap:		Città:	
		Prov.:	
Telefono:		Patente n.:	
Tipo veicolo:		Targa:	
Compagnia assicuratrice:			

All.:

- copia pagina Registro Missioni, autorizzazione missione, eventuale autorizzazione all'uso di mezzo proprio;
- copia libretto di circolazione, copia patente, fattura o preventivo, eventuali foto.

Timbro e Firma Direttore Struttura INFN

Assicurato

---



---